

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

315
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par S. BLINDMANN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIFFÉRENTES FORMES

DE

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

Président : M. CHAUFFARD, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

27
315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par S. BLINDMANN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIFFÉRENTES FORMES

DE

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE



Président : M. CHAUFFARD, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	AUG. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIbierre
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CHAUFFARD

Nous le prions d'adresser l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

En présentant cette thèse inaugurale, nous sommes heureux d'adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à ceux qui nous ont guidés dans le cours de nos études.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur QUENU

M. le Professeur CHAUFFARD

M. le Professeur DIEULAFOY

(In memoriam)

M. le D^r E. SCHWARTZ, Professeur agrégé

M. le D^r L. JACQUET

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

MM. les D^{rs} DOLÉRIS et CATHALA

Accoucheurs des hôpitaux de Paris

Nous ne saurions oublier le séjour que nous avons fait à la fin de nos études médicales dans l'Hôtel-Dieu d'Orléans en qualité d'interne. Nous y avons rencontré l'accueil bienveillant de nos chefs de service et nous tenons à témoigner notre respectueux souvenir à :

MM. les D^{rs} HALMAGRAND et CŒUR

Chirurgiens de l'hôpital

MM. les D^{rs} JAULIN et LIMOUZI,

Médecins de l'hôpital

A M. le D^r F. RATHERY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux

Qui a eu l'obligeance de nous communiquer deux observations inédites. En témoignage de notre profonde reconnaissance.

Mon ami L. Binet, interne des hôpitaux de Paris, m'a fourni pour ma thèse d'utiles conseils, pour lesquels je suis heureux de lui exprimer ici ma reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DIFFÉRENTES FORMES
DE
LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

HISTORIQUE

La lipomatose symétrique, différenciée par Verneuil et Potain (1882) d'avec la pseudo-lipomatose sus-claviculaire et par Dercum (1888) d'avec l'adipose douloureuse, a été, depuis une trentaine d'années, l'objet de nombreux travaux, tant français qu'étrangers, qui envisagent la question à des points de vue différents. Certains auteurs, en effet, à la suite de Launois et Bensaude (1898) ont, dans une série d'articles, de leçons cliniques, de thèses, attiré l'attention sur la lipomatose symétrique dite *diffuse*, à localisation ou à prédominance cervicale ; d'autres, au contraire, comme Queinsec, Crémieux, ont surtout étudié la lipomatose symétrique dite *circonscrite*, ou *discrète*.

Dans ces toutes dernières années, la question de la

lipomatose symétrique a été mise à l'ordre du jour par de nombreuses publications, qui serviront de base à l'étude que nous entreprenons. Parmi ces travaux, nous citerons surtout, en Suisse, ceux de Roch (1908) et de Saroumian (1908) ; en Amérique, ceux de J. Collins (1907), de Mills (1908-1909), de Neuwelt (1912), de Bownens (1912), de Irving-P. Lyon (1912) ; en Allemagne, ceux de Fleischev (1909), de Schuster (1910) ; en Angleterre ceux de Rolleston (1909) de F. Parkes Weber (1912). Mais surtout nombreux sont les auteurs français qui ont étudié cette question ; et parmi les articles récents publiés en France, nous rapporterons ceux de Mollard et Petitjean (1907), de Cade et Cordier (1907), de Mollard et Chattot (1908), de Massabuau (1909), de Lenormant et Verdun (1909), de Burnier (1911), de A. Martin (1913), de Duhot (1914) : les thèses de Caron (1908) et de Terron (1909) ; et surtout les communications à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie (Balzer et Belloir, 1912), à la Société de Chirurgie (Pozzi, 1910) et à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (Danlos et Sourdel, 1908 ; Thiroloix et Sarget, 1908 ; Clerc et Thibault, 1910 ; F. Rathery et Léon Binet, 1912 ; Achard et Leblanc, 1913). Tous ces travaux font de la lipomatose symétrique, un sujet de toute actualité et justifient le choix de notre sujet de thèse.

ÉTIOLOGIE

L'étude étiologique de la lipomatose symétrique présente encore bien des points obscurs ; néanmoins, l'âge, le sexe, les antécédents méritent bien quelques considérations.

a) L'affection que nous étudions s'observe chez des adultes, entre 25 et 50 ans ; quelques exceptions cependant ont été signalées et nous citerons en particulier le cas récemment rapporté par Variot concernant un bébé qui présentait un lipome symétrique de la région plantaire.

b) Quant au sexe, il n'est pas sans influence. En effet, la « lipomatose symétrique dite diffuse à prédominance cervicale », atteint presque toujours des hommes ; sur les 57 cas rapportés par Lenormant et Verdun dans la *Revue de Chirurgie*, un seul concerne une femme ; les observations que nous enregistrons nous-mêmes ont toutes été prises chez des sujets du sexe masculin. Par contre, la « lipomatose symétrique ou discrète » s'observe chez les individus des deux sexes, mais sans être, comme on l'a prétendu, l'apanage du sexe féminin.

c) Quant à l'influence de l'hérédité, bien que discutée par certains auteurs, elle semble indiscutable. La littérature médicale, en effet, contient plusieurs cas où l'affection est nettement héréditaire. Kraske, dans la thèse de Clève, rapporte les observations d'un père et de son fils atteints de lipomatose symétrique cervicale; Strisower publie l'histoire de deux frères atteints de la même affection. Sinnhuber, Stramwell, Fichler, Mackensie, rapportent des cas analogues. Le malade de Chevers avait son père et sa sœur atteints de lipomatose discrète. Deux des malades de Irving P. Lyon avaient leur père également atteint. Enfin A. Martin, Variot, Duhot rapportaient tout récemment des observations montrant nettement l'influence de l'hérédité.

Quant à la cause directe de la lipomatose, il faut avouer qu'elle nous échappe encore. On a invoqué l'intoxication éthylique, qui, de fait, est fréquente chez de tels malades — 30 % d'après Launois et Bensande, 58 % d'après Terron; — l'alcool, troublant et ralentissant la nutrition, favoriserait la formation de lipomes. On a incriminé les maladies infectieuses et en particulier la tuberculose; on a invoqué une maladie du système nerveux; mais ce sont là des faits que nous ne faisons que signaler ici et que nous allons étudier longuement dans le chapitre consacré à l'étude pathogénique de la lipomatose.

PATHOGÉNIE.

Nombreuses sont les théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'affection que nous étudions ; nous les passerons successivement en revue.

1° Nous signalerons tout d'abord la *théorie cutanée*, défendue par Grosch ; elle explique la lipomatose par des troubles sécréteurs de la peau : « l'élimination de la graisse de l'organisme se faisant en partie par les glandes de la peau, tout trouble survenu dans leur fonctionnement se traduira par une adipose partielle au niveau des glandes lésées (Grosch. *Deutsch. Zeitsch. für Ch.*, 1887, t. XXVI, p. 352). » Cette théorie a été rapidement abandonnée en France.

2° Plus défendable est la *théorie des glandes vasculaires*. Madelung, en 1888, opérant un sujet atteint de lipomatose cervicale, constata l'absence du corps thyroïde et expliqua par ce fait la maladie qu'il étudiait sous le nom de « cou gras » (fetthols). Payr, Max Rothmann, Klaussner, Turk, confirmèrent par quelques observations la théorie de Madelung. Enfin récemment (1909) Lenormant et Verdun rapportaient l'observation

d'un malade qui semblait présenter un syndrome d'insuffisance thyrotesticulaire. Dans quelques observations, on note, non pas une réduction, mais une augmentation de volume du corps thyroïde ; soit hypertrophie simple (Levai et Schein), soit goitre exophtalmique (Neuwelt, André Martin).

D'ailleurs le corps thyroïde n'est pas la seule glande vasculaire sanguine qui puisse être lésée chez les lipomateux. On a en effet noté dans quelques observations une atrophie marquée des testicules, avec ou sans diminution des fonctions génésiques (Dalché, Virchow, Müller, Cabanès).

Enfin dans un cas rapporté tout récemment par J. Baumel et M^{lle} Giraud, l'hypophyse était altérée.

Cette théorie glandulaire, si elle s'applique à certains cas, ne peut être généralisée : l'opothérapie thyroïdienne reste en effet inefficace dans la très grande majorité des cas, comme nous le dirons ultérieurement.

3° D'autres auteurs se montrent partisans d'une *théorie nerveuse*. Cette théorie, qui fait de la lipomatose symétrique un trouble trophique, est basée sur deux faits : α) c'est tout d'abord la coexistence, dans certaines observations, de lipomes avec des troubles du système nerveux, central ou périphérique. On a en effet rapporté des cas de lipomatose symétrique coexistant avec l'épilepsie (Kemp), avec le tabes franc (Madelung) et le tabes insipiens (Thirolloix et Sarget, Achard et Leblancs), avec la sciatique (Buequoy), avec la parésie des membres inférieurs (Bunke), avec la syringomyélie (Mollard et Chattot, Danslos et Sourdel) ; β) c'est, d'au-

tre part et surtout la distribution symétrique des lipomes ; bien plus, comme le montrent les schémas de A. Clerc et Thibard, de F. Rathery et L. Binet, la topographie des masses sous-cutanées semble se régler sur celle des racines.

4° La *théorie congénitale*, émise par Reclus et Brissaud, et dont Caron s'est particulièrement occupé dans sa thèse, fait rentrer la lipomatose symétrique cervicale dans le cadre des embryomes ou des tumeurs congénitales.

5° Mais de toutes les théories, celle qui fut pendant un certain temps le plus en honneur est la *théorie dite ganglionnaire*. Déjà Balke et Bowlby, puis Hayem, pensaient à la nature lymphatique de la lipomatose symétrique ; mais ce sont surtout les articles et les communications de Launois et Bensaude (1898) qui firent attribuer à cette maladie une origine ganglionnaire. Se basant sur le siège de prédilection des nodosités, sur la présence signalée de ganglions plus ou moins nombreux au milieu des masses infiltrées, sur la coïncidence quelquefois observée d'une rupture de l'équilibre leucocytaire, ces auteurs en arrivent à considérer la lipomatose symétrique comme une maladie du système lymphatique.

Cette théorie, qui avait valu à la lipomatose le nom d'adénolipomatose, est actuellement abandonnée. En effet, les nodosités adipeuses se développent dans des endroits dépourvus de ganglions, et, bien plus, l'examen histologique a montré, comme nous le verrons plus loin,

que ces nodosités sous-cutanées n'étaient formées que de tissu adipeux, condensé par endroit.

6° Plus récemment, certains auteurs n'ont voulu voir dans la lipomatose qu'une réaction de l'organisme contre les *microbes*. Déjà en 1901, M. Labbé et Ferrand avaient montré que l'adénolipomatose pouvait être d'origine tuberculeuse. Mais c'est surtout les membres de l'École Lyonnaise, avec Jaboulay, Poncet et Leriche, qui se sont montrés les défenseurs de cette théorie tuberculeuse, exposée dans la thèse de Roussel et dans l'article de D. Olmier.

Récemment, le Professeur Pozzi a insisté sur ce fait que la lipomatose pouvait être due à d'autres microbes qu'au bacille de Koch et rapporte une observation de lipomatose survenue à la suite d'une fièvre puerpérale.

7° Enfin, en 1914, Roch, envisageant la lipomatose symétrique circonscrite ou lipomatose discrète, la rattache à l'obésité et en fait une *adipose localisée nodulaire*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomique de la lipomatose symétrique donne des renseignements différents selon la forme envisagée.

Dans la lipomatose symétrique dite diffuse, à prédominance cervicale, on note des tumeurs *diffuses*, à contours mal limités ; elles sont volumineuses et de plus elles sont adhérentes aux plans profonds, car si elles siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles peuvent envoyer des prolongements qui traversent les aponévroses et envahissent les interstices musculaires. Enfin ces tumeurs sont surtout développées au cou, assez souvent aux épaules, quelquefois dans le plastron thoraco-abdominal et aux aines.

Dans la lipomatose symétrique dite circonscrite, au contraire, les nodosités sous-cutanées sont encapsulées, *circonscrites*, à contours bien limités ; très nombreuses, elles sont de petites dimensions, glissent sur les plans profonds et siègent surtout au niveau des membres.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs ont une même constitution, comme le montre l'examen des coupes macroscopiques et microscopiques.

L'examen d'une coupe macroscopique montre une masse de tissu adipeux, blanc jaunâtre, de consistance molle, un peu plus dure, d'apparence fibreuse par places ; ces noyaux durs ne doivent d'ailleurs nullement être pris pour une masse ganglionnaire.

L'examen microscopique, soit d'une nodosité cervicale (Dieulafoy, Mollard et Petitjean, Mauclaire, Le Play et Faroy), soit d'une tumeur extirpée au niveau d'un membre (F. Rathery et L. Binet, Bowen, A. Martin) nous met en évidence sa nature lipomateuse ; il y a en effet, dans ces masses, uniquement du tissu adipeux, sans aucune trace d'éléments lymphoïdes. Tout récemment, Bowen, ayant fait l'examen des nodules minimes comme des masses les plus grosses, montre que, dans les premiers, on trouve du tissu graisseux infiltré de nombreux vaisseaux néoformés, ceux-ci diminuant quand le lipome augmente ; on ne rencontre plus alors que de la graisse.

On est allé, dans l'examen de ces lipomes, jusqu'à en faire l'examen bactériologique ; mais les recherches du bacille de Koch, faites par Mollard et Petitjean, sont restées négatives.

Enfin le sang subit, dans sa formule leucocytaire, des modifications sur lesquelles nous reviendrons.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Le début en est lent, insidieux, sournois ; c'est par hasard ou bien à la suite d'un avertissement de son entourage ou de son médecin, que le malade s'aperçoit d'une déformation ; mais il n'en est pas incommodé en général et ne s'en préoccupe nullement.

Etat. — L'examen du malade nous montre la lipomatose symétrique avec un aspect variable suivant son siège. Mais quelle que soit la forme envisagée, on constate des tumeurs qui ont des caractères communs :

a) Elles sont symétriques.

b) Elles sont d'une consistance pâteuse, rénitente, ne donnant que rarement la pseudo-fluctuation ; cette consistance peut être uniforme, mais quelquefois on sent, au milieu d'une masse assez molle, des noyaux plus durs, noyaux dont nous avons vu plus haut la nature.

c) Elles sont recouvertes d'une peau saine, qui glisse sur elles (exception faite pour le cas de Pozzi où la peau était violacée).

d) Elles sont indolores, comme nous le verrons à l'étude des signes fonctionnels.

e) Elles ne s'accompagnent jamais d'adénopathies.

Mais selon le siège des tumeurs, la symptomatologie varie sensiblement, d'où la nécessité d'envisager de suite les différentes formes cliniques, et nous aurons successivement à passer en revue :

1° La lipomatose symétrique diffuse à localisation ou à prédominance cervicale ;

2° La lipomatose symétrique diffuse à prédominance abdominale ;

3° La lipomatose symétrique diffuse sans prédominance au cou et dans les régions ganglionnaires ;

4° La lipomatose symétrique multiple circonscrite ou lipomatose discrète.

I

La lipomatose symétrique diffuse à localisation ou à prédominance cervicale

Cette forme de lipomatose symétrique, connue encore sous le nom de « maladie de Launois et Bensaude », se reconnaît aisément par l'aspect piriforme de la tête du malade. Le cou, en effet, est très fortement déformé.

En avant, on constate un menton à double ou triple étage, encadrant le maxillaire inférieur à la façon d'une « demi-collerette », d'une « véritable jugulaire ». Cette tuméfaction occupe la région sus-hyoïdienne, médiane et latérale, et gagne souvent le creux parotidien. Dans quelques cas, la tuméfaction sous-mentale est absente et l'on constate alors deux bajoues symétriques, pendant de chaque côté des angles de la mâchoire.

En arrière, on constate à la racine du cou soit deux tumeurs, paires et symétriques, soit une seule tumeur, impaire et médiane : assez souvent, à la partie supérieure de la nuque et comblant plus ou moins les fosses mastoïdiennes, on trouve deux autres masses plus ou moins volumineuses.

Il est à remarquer que dans bon nombre d'observations, la déformation est plus manifeste d'un côté que de l'autre ; et que dans certains cas, les différentes masses cervicales se rapprochent les unes des autres, formant ainsi un collier énorme, peu élégant, et augmentant considérablement la circonférence du cou : 51 centimètres (obs. de A. Binet et Vaivrand), 61 centimètres (Burnier), et même 86 centimètres (obs. de Sédillot).

Le cou peut être la seule région touchée par la lipomatose : il en est ainsi dans deux cas que nous rapportons, dus l'un à Massabuan (Obs. I), l'autre à MM. Achard et Leblanc (Obs. II).

Mais le plus souvent, à côté des masses cervicales, on en rencontre d'autres en différents points de l'organisme.

La ceinture scapulaire est fréquemment touchée, et les fosses sus-sternales et sus-claviculaires, sus et sous-épineuses se trouvent fréquemment déformées par des masses sous-cutanées ; celles-ci vont jusqu'à gagner quelquefois la racine des membres supérieurs, et même les bras (Mollard et Petitjean. Obs. III).

Le dos et la région lombo-sacrée peuvent être atteints ; et au niveau de la poitrine, on peut noter une surcharge de graisse des seins telle que ceux-ci prennent l'aspect

plantureux d'une femme qui allaite (A. Binet et H. Vaivrand. Obs. IX) ; les seins d'ailleurs peuvent présenter une véritable hypertrophie glandulaire (Lenormant et Verdun. Obs. VI),

L'abdomen est souvent déformé et l'on note, soit une série de petits lipomes diffus, étagés devant les muscles droits et vallonnant la paroi de chaque côté de la ligne blanche (Jeanselme et Bufnoir), soit des sillons longitudinaux limitant des bourrelets parallèles, des « cascades graisseuses » (Balzer et Belloir. Obs. X ; A. Binet et H. Vaivrand Obs. IX). Exceptionnellement, le scrotum est atteint, mais l'infiltration graisseuse de celui-ci peut être telle que le malade est gêné dans le coït (Bergmann) ou dans la marche (A. Binet et Vaivrand).

Enfin, on peut rencontrer, au niveau du triangle de Scarpa, des lipomes plus ou moins volumineux, comme dans les cas de Mollard et Petitjean (obs. III), de Mollard et Chattot (obs. V), du Professeur Achard et de Leblanc (obs. XI et XII).

OBSERVATIONS

Observations de lipomatose symétrique diffuse cervicale

Observation I

MASSABUAN (*Montpellier médical*, 25 avril 1909) (obs. résumée).

S. J..., âgé de 45 ans, entre dans le service de M. le Professeur Forgue.

La maladie a débuté, il y a trois ans, par une nodosité siégeant en arrière de l'oreille droite et qui a augmenté progressivement de volume, sans provoquer jamais de phénomènes douloureux. Quelques mois après, une deuxième nodosité du même aspect s'est montrée dans la région latérale droite du cou, puis s'est rapidement propagée vers le côté gauche, arrivant à former une masse qui a, depuis un an et demi environ, le volume actuel.

La région antérieure du cou de ce malade a pris la forme d'un menton, à plusieurs étages, comparable à celui des gens obèses. La masse forme un bourrelet saillant qui s'étend d'un angle du maxillaire à l'autre et cette masse semi-lunaire, appliquée en forme de jugulaire au-dessous de l'arc du maxillaire inférieur, donne au cou l'aspect bien connu du cou proconsulaire.

La consistance de cette masse est relativement ferme, et, de chaque côté, dans les régions sous-maxillaires, on peut délimiter deux tumeurs du volume d'un gros œuf environ, qui semblent situées très profondément, de consistance assez ferme et qui se continuent vers la ligne médiane avec la masse sous-mentale, plus diffuse et plus molle.

En outre, on constate la présence, dans les régions mastoïdiennes, de deux tumeurs nettement séparées du reste de la néoformation cervicale. Ces deux tumeurs ont le volume d'un œuf environ et la droite est légèrement plus volumineuse que la gauche. Elles sont symétriquement situées et s'étendent en arrière jusqu'à un travers de doigt en dehors de la protubérance occipitale, en avant jusqu'à une ligne menée par le prolongement du lobule de l'oreille ; en bas, leur bord inférieur descend jusqu'en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Leur grand axe est légèrement oblique de haut en bas, et d'arrière en avant. Un espace de un travers de doigt et demi sépare leur pôle antérieur du pôle supérieur de la masse sous-maxillaire correspondante.

La peau est mobile à la surface de ces tumeurs. On ne constate aucune tuméfaction dans les régions axillaires et inguinales.

L'examen du sang, pratiqué à deux reprises par M. le Professeur agrégé Gaussel, n'indique aucune modification dans la quantité et la proportion des globules blancs.

Le malade est opéré par le Professeur Forgue qui enlève d'un seul tenant le volumineux collier lipomateux : le malade sort guéri de l'hôpital deux mois après.

Observation II

CH. ACHARD et A. LEBLANC (*Société médicale des Hôpitaux*,
18 juillet 1913).

Lipomatose symétrique cervicale. Diabète.

Syphilis. Albuminurie.

Del..., âgé de 48 ans, tourneur sur métaux, entre le 7 juillet 1913, à l'hôpital Necker, salle Vernois, n° 14.

Antécédents. — Son père est mort d'affection du cœur, sa mère de pneumonie. Il a une sœur bien portante et une autre diabétique ; quatre autres frères et sœurs sont morts de maladies aiguës.

Il a été atteint de rhumatisme aigu à l'âge de 32 ans et a fait un séjour d'un mois à l'hôpital Lariboisière ; puis, une nouvelle crise, à 44 ans, dura deux mois. Peu après la première crise, il a commencé à présenter de l'eczéma qui s'est renouvelé par poussées à la face interne des cuisses et au scrotum et pour lequel il a dû plusieurs fois entrer à l'hôpital Saint-Louis.

A 37 ans, il contracta la syphilis qui a donné lieu à des plaques muqueuses de la gorge. De 37 à 40 ans, il s'est soigné avec des pilules de proto-iodure de mercure ; depuis, il a été irrégulièrement traité au moment des poussées eczémateuses.

C'est, il y a onze ans, à 37 ans, que le diagnostic du diabète a été fait, à l'hôpital Saint-Louis. Sous l'influence du régime, un mois plus tard, la glycosurie avait disparu. Depuis, on a retrouvé plusieurs fois du sucre dans ses urines, mais non d'une façon constante.

Depuis quatre ans ont apparu des douleurs dans le pied gau-

che, surtout à l'occasion de la marche. Ce sont, principalement au gros orteil, des élancements assez vifs, des picotements, une sensation de tension obligeant le malade à porter des chaussures plus larges. Il y a quatre mois, un durillon s'est formé à la face plantaire du gros orteil ; ce durillon s'est enflammé, mais en ne déterminant que quelques élancements ou picotements pendant la station debout ; puis, une petite plaie s'est formée qui a progressivement augmenté d'étendue et de profondeur en laissant écouler du pus, puis un liquide louche et peu abondant.

Il y a deux ans, le malade a remarqué que son cou augmentait de volume. Une petite tuméfaction s'est montrée d'abord dans la région sous-maxillaire gauche et a progressé lentement d'avant en arrière, envahissant la région latérale du cou, passant en dehors du sterno-cléido-mastoïdien. Six mois après, une tuméfaction semblable apparaissait au point symétrique du côté droit et se développait de même d'avant en arrière. Le développement de ces deux masses, complètement indolent, s'est fait progressivement, sans régression.

État actuel. — On est frappé, au premier aspect, de la déformation du cou, dont la partie supérieure déborde en dehors, sous la saillie de l'angle du maxillaire inférieur.

A gauche, où la tuméfaction prédomine, existe une masse plus grosse que le poing, située sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien et qui déborde en avant sur la région sous-maxillaire. Derrière elle, à la partie supérieure de la région sus-claviculaire, se trouve une autre masse un peu moins grosse.

Au palper, la consistance est inégale. Les deux grosses masses sont molles et donnent une fausse fluctuation. Elles semblent formées de lobules. Leurs caractères sont, en somme, ceux des lipomes.

En avant de ces deux masses, on trouve, au palper, dans les régions sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes, plusieurs nodules (on en sent nettement trois), gros comme des amandes, de consistance très ferme, irrégulièrement arrondis, absolument indolents, lisses, roulant sous le doigt et qui donnent l'impression de ganglions hypertrophiés.

Du côté droit, on constate des lésions tout à fait comparables, mais beaucoup moins volumineuses. Une masse occupe la partie supérieure de la région sus-claviculaire. Une autre est située à la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, prolongeant en bas la parotide qui semble un peu volumineuse et dont il est assez difficile de la délimiter. En avant, à la partie postérieure de la région sous-maxillaire, se trouvent deux petites masses dures, roulant sous le doigt.

Ces lésions, qui donnent tout à fait l'impression de celles décrites sous le nom d'adéno-lipomatose, sont localisées à la région cervicale : il n'y a pas de trace de tumeur dans les autres zones ganglionnaires, ni dans aucune autre partie du corps.

On note seulement que le malade est un peu obèse. Taille, 1 m. 60. Poids, 72 kilogrammes.

Il entre à l'hôpital, non pour ses tumeurs qui ne le gênent guère, mais parce qu'il se sent fatigué, qu'il a les jambes enflées et que son mal perforant l'inquiète.

Il est pâle, apathique. Il n'accuse ni polyphagie ni polydipsie. La diurèse oscille entre 1.500 et 2.000 centimètres cubes par jour. Un premier examen des urines ne donne pas de réduction de la liqueur de Fehling : mais, le lendemain, celui des urines fractionnées montre une réduction faible entre midi et minuit, très nette à la fin de la nuit et dans la matinée. Une analyse de

l'urine des vingt-quatre heures donne en tout 14 grammes de glycose.

En outre, les urines sont assez fortement albumineuses: 1 gr. p. 1.000 au tube d'Esbach.

Il n'y a qu'un œdème léger des membres inférieurs.

Le cœur est normal, le pouls un peu fort.

Il y a un peu d'emphysème avec quelques râles bronchiques.

Les fonctions digestives se font bien.

Le foie déborde un peu les fausses côtes. La rate paraît normale.

Il n'y a pas de diminution de la force musculaire, ni d'incoordination motrice; pas de signe de Romberg. Les réflexes rotuliens sont diminués; le réflexe achilléen est diminué à gauche, disparu à droite (bien que le mal perforant siège à gauche). Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de troubles des réflexes cutanés ni de troubles sphinctériens. La fonction sexuelle est très affaiblie depuis près de deux ans.

Le malade ressent des douleurs au gros orteil gauche; on constate une hypoesthésie de la face plantaire de cet orteil autour du mal perforant.

Celui-ci siège à la partie interne de la face plantaire de la première phalange, sous forme d'un durillon large comme une pièce de 5 francs, au centre duquel est un petit orifice à bords décollés d'où la pression fait sourdre un liquide légèrement opalescent.

Les dents sont en mauvais état; il en manque beaucoup, sans qu'on puisse rattacher leur perte à la gingivite expulsive.

Il n'y a pas de troubles sensoriels; les réflexes pupillaires sont normaux.

Le malade présente une certaine dépression psychique; il parle lentement, tristement, se plaint d'idées noires. Il dit que sa mémoire s'est affaiblie depuis quelques mois. Il paraît souvent un peu somnolent, mais il ne paraît pas avoir eu jamais d'attaque de narcolepsie.

Examen du sang :

Globules rouges. . . . 5.500.000

Globules blancs. . . . 7.500

Pourcentage des leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles . . . 55 %

Lymphocytes 31 —

Mononucléaires 10 —

Polynucléaires éosinophiles . . . 4,5 —

Observation III

J. MOLLARD ET G. PETITJEAN (*Revue de Médecine*, 1907, p. 276).

*A propos d'un cas de lipomatose diffuse, symétrique,
à prédominance cervicale.*

G... Frédéric, 40 ans, manoeuvre, entre au mois de juin 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse, parce qu'il tousse et a perdu ses forces. Il est porteur depuis longtemps de tumeurs multiples siégeant principalement au niveau du cou.

Son père et sa mère sont morts tous deux vers l'âge de 50 ans, d'affections inconnues. Il a encore 3 frères ou sœurs bien portants. Il a perdu un frère qui était atteint d'aliénation mentale.

Originaire des Alpes, il ne connaît personne qui dans sa famille ait présenté de goitre, de tumeurs analogues aux siennes ou de signes de dystrophie quelconque.

Personnellement, il n'a pas été malade pendant son enfance, n'a jamais eu d'adénites suppurées et n'aurait pas remarqué avant l'âge de 25 ans au cou ou dans d'autres régions la présence de « glandes ».

Il a fait son service militaire en Italie et à cette époque était très robuste. Marié, il a un enfant de 8 ans bien portant.

Il y a une quinzaine d'années, il remarqua une petite tuméfaction du côté droit du cou. Assez rapidement, se sont développées, à partir de cette époque, les autres tumeurs du cou et de la nuque. Au niveau du tronc et des membres, le sujet n'a remarqué que plus tard les bourrelets adipaux qu'on y rencontre actuellement. Il sait seulement qu'ils existaient déjà il y a douze ans. Il vint, à cette époque, à l'Hôtel-Dieu, demander d'être débarrassé chirurgicalement des tumeurs cervicales. On ne lui accorda pas l'intervention qu'il sollicitait et on lui conseilla seulement de prendre de l'iodure de potassium, ce qu'il fit pendant assez longtemps, sans résultat.

Les tumeurs présentent depuis de nombreuses années l'aspect sous lequel on les observe aujourd'hui. Elles subissent, paraît-il, des changements de volume assez notables d'une époque à l'autre et auraient un peu diminué en ces derniers temps.

Ethylisme marqué.

Il y a sept ans, le malade contracte la syphilis.

Enfin, depuis plusieurs années, il tousse fréquemment. Il a eu une première hémoptysie il y a trois ans, une seconde il y a quinze mois. De temps en temps, il remarque un peu de sang dans ses crachats. Depuis un an, la toux est devenue plus fréquente ; le malade a perdu l'appétit et les forces, a des sueurs nocturnes. Il a maigri de 14 kilogrammes.

Examen à l'entrée. — Surdité bilatérale datant d'assez longtemps. Signes d'otite scléreuse des 2 côtés.

Facies p le, d'un blanc mat.

L'amaigrissement n'est que relatif et le malade n'est aucunement cachectique.

Rien à signaler au point de vue de la forme générale du corps. Taille ordinaire. Squelette normal, excepté au niveau des doigts qui sont courts, trapus, renflés à leurs extrémités en baguette de tambour.

Pas d'arrêt de développement. Rien du côté des organes génitaux, ni du corps thyroïde.

Excepté à la nuque, où leurs contours sont assez nets et où elles forment plusieurs masses arrondies, distinctes les unes des autres, les tumeurs se présentent sous forme d'une infiltration diffuse du tissu cellulaire sous-cutané.

On trouve ainsi d'épais coussins adipeux sur les épaules et à la région thoracique, au niveau des omoplates, à la face interne des cuisses. Ces bourrelets sont saillants à la face interne des bras, au niveau de l'abdomen, dans la région lombaire.

Ces tumeurs sont symétriques, recouvertes de peau saine.

« En résumé, on trouve un grand nombre de masses adipeuses, prédominant à la région cervicale, disposées de façon absolument symétrique, respectant les extrémités des membres. Ces masses ont la consistance du tissu grasseux, avec cette particularité qu'en de nombreux points, la lobulation de celui-ci pourrait faire croire à la présence de ganglions mêlés à la graisse. »

Viscères. — Quelques signes de compression médiastinale (voix rauque, lacis veineux thoracique). Lésions des 2 sommets.

L'examen du sang n'a rien révélé de particulier.

Examen microscopique d'un de ces lipomes. — On n'y trouve

que, du tissu adipeux, des lobules plus ou moins volumineux séparés les uns des autres par des cloisons de tissu conjonctif. Sur aucune des préparations, on ne trouve de cellules lymphatiques, en dehors des capillaires.

L'examen des bacilles de Koch dans les coupes a été complètement négatif.

Observation IV

CADE ET CORDIER (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Lyon*,
26 nov. 1907).

Lipomatose symétrique et claudication intermittente de la moelle.

Le nommé F... (François), 52 ans, cultivateur, entre le 16 septembre 1907 à l'Hôtel-Dieu ; dans le service de M. Leclerc alors suppléé par l'un de nous.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Lui-même n'a jamais eu qu'une fièvre typhoïde à 36 ans. Il n'avoue qu'un éthylysme moyen (2 litres de vin par jour). Enfin la syphilis n'a pu être retrouvée chez lui. Il n'en a présenté aucun accident et sa femme a eu 2 enfants bien portants comme elle-même.

Il se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs apparurent il y a six ans. Localisées à la jambe gauche ne remontant pas au-dessus du genou, elles ne s'accompagnaient d'aucune flexion articulaire. Exagérées par la marche, elles se calmaient par le repos et disparurent en quelques jours, pour réapparaître, toujours fugaces, à diverses reprises.

Depuis deux ans sont survenus des phénomènes nouveaux qui d'après les réponses précises du malade, paraissent nettement

appartenir au syndrome de la claudication intermittente de la moelle. Sous l'influence d'une marche un peu rapide d'une fatigue, il éprouve brusquement une sensation de faiblesse et de raideur des membres inférieurs, en même temps qu'il perçoit des crampes, d'ailleurs peu douloureuses dans les jambes. La sensation de faiblesse est telle qu'elle oblige le malade à s'arrêter et à s'asseoir. Elle a pu parfois provoquer sa chute. Celle-ci ne s'est jamais accompagnée d'aucun phénomène cérébral : éblouissement, vertige, obnubilation passagère, etc.

Ces accidents se répètent de plus en plus fréquemment depuis deux ans. Néanmoins ils ne motivent pas à eux seuls l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. Celui-ci se plaint également de douleurs dans le membre inférieur gauche, douleurs qui paraissent symptomatiques d'une sciatique. Elles suivent en effet le trajet du nerf ; la pression de celui-ci les exaspère, particulièrement la pression en arrière du trochanter et sous la tête du péroné. Le signe de Lasègue est peu marqué. Les mouvements de l'articulation de la hanche ne sont pas douloureux.

Il n'existe, du côté des membres inférieurs, aucune trace de paralysie. Pas d'incoordination, mais pendant la marche qui s'opère avec quelque difficulté on note un léger degré de raideur.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. On obtient le clonus de la rotule. Quant à la trépidation épiloïde, elle n'apparaît que sous l'influence de la fatigue, à la suite d'une marche par exemple ou d'une longue station debout.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de signe de Babinski.

Pas de troubles vaso-moteurs ; on ne note aucune trace de refroidissement des pieds, et les battements de la pédicuse sont bien perceptibles.

Les sphincters fonctionnent et ont toujours fonctionné normalement.

Du côté de la colonne, on note un point douloureux à la pression sur la région lombaire ; mais il n'existe aucune gêne des mouvements de la colonne.

Rien à signaler aux membres supérieurs.

L'intelligence est intacte.

Les pupilles sont légèrement inégales, mais cette inégalité est inconstante. Leurs réactions lumineuses et accommodatives sont normales.

La voix est un peu bitonale.

L'examen laryngoscopique dénote une paralysie bilatérale incomplète des thyro-aryténôïdiens internes.

Rien à signaler du côté du corps thyroïde.

L'existence de troubles de la voix et de l'inégalité pupillaire a motivé 2 fois l'examen radioscopique du médiastin. On pouvait en effet supposer qu'il existait dans cette région de grosses masses susceptibles de déterminer du côté des récurrents ou du sympathique des phénomènes de compression. Ces examens radioscopiques ont montré seulement que l'aorte était un peu augmentée de volume. L'espace postérieur est légèrement flou, mais on ne note aucune masse nettement opaque aux rayons X.

L'examen des viscères est négatif. Pas de tuberculose pulmonaire. Le pouls est un peu lent, de tension forte (p. syst. : 19 avec le Recklinghausen).

Les urines ne contiennent pas de sucre : elles montrent par intervalles des traces d'albumine. L'état général est bon. La température est normale.

Il nous reste à attirer maintenant l'attention sur l'existence, chez notre malade, de tuméfactions symétriques siégeant en di-

vers points du corps (paroi abdominale antérieure au-dessous et au-dessus de l'ombilic, région lombaire, fosses sous-épineuses, nuque, régions sous-maxillaires et latéro-cervicales, régions axillaires, sus-claviculaires et inguinales). Ces tuméfactions, à limites indécises, ont tout à fait la consistance de masses lipomateuses. Au cou, on perçoit en outre dans leur intérieur des grains ou nodules plus durs. Ces tumeurs ne sont le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée, Il n'existe, soit à leur niveau, soit ailleurs, aucun trouble de la pigmentation cutanée.

Ces lipomes symétriques sont apparus depuis trois ou quatre ans. Ils ont débuté au niveau du cou.

Tels sont les phénomènes pathologiques que présente ce malade.

Pendant son séjour à l'hôpital, les troubles nerveux se sont améliorés. La claudication intermittente de la moëlle ne s'est pas reproduite. Les douleurs de névralgie sciatique ont disparu, de même que le point douloureux dorsal. La marche est devenue facile. Il persiste cependant de l'exagération de la réflexivité tendineuse aux membres inférieurs et le clonus du pied se montre encore sous l'influence de la fatigue. Des pétéchies purpuriques sont apparues à un certain moment sur les jambes et ont disparu rapidement.

Le traitement, en dehors du repos, a consisté seulement en l'administration intermittentes de faibles doses d'iodure et de bromure de potassium.

Observation V

J. MOLLARD ET J. CHATTOT (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 17 mars 1908.)

Un cas de lipomatose symétrique associée à un syndrome syringomyélique

Ch. Noël, 51 ans, voiturier, d'aspect robuste, entré le 22 février 1908 à l'Hôpital Saint-Pothin, salle Saint-Pierre, n° 2, ne présente pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Personnellement, il a eu la rougeole à 4 ans, la fièvre typhoïde à 11 ans, une excellente santé dans la suite ; éthylique avéré, il n'est probablement pas syphilitique ; il est marié, père de 4 enfants dont un est mort de convulsions.

L'affection pour laquelle il est entré dans le service remonterait, d'après lui, à huit mois ; apparition d'une tuméfaction dans la région lombo-sacrée, bientôt suivie de phénomènes douloureux lombaires et dans les membres inférieurs ayant amené l'impossibilité de travailler. En réalité, son attitude voûtée et une scoliose datant de deux ans témoignent d'un début plus ancien.

La tumeur lombo-sacrée, la seule qu'il ait remarquée, n'est pas unique ; il en existe de semblables (régions sous-ombilicale, sous-maxillaire, parotidienne, sous-claviculaire, inféro-latérale du thorax, antéro-latérale de l'abdomen, face postérieure des bras, plis du coude, triangle de Scarpa, partie supéro externe des cuisses), souvent en dehors des territoires ganglionnaires, de dimensions variables, à peu près symétriques, étalées en nappes dans le tissu cellulaire sous-cutané, indolores, de consistance

lipomateuse, à petits lobules informe d'amande plus ou moins nettement isolables.

Quant aux douleurs ressenties par le malade elles ont un caractère lancinant, s'accompagnant de sensation de faiblesse amenant parfois la chute, sont moins marquées à la fin de la journée de travail, donnent naissance à une certaine raideur de la colonne, avec attitude voûtée.

L'examen du système nerveux montre les symptômes suivants:

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, avec prédominance à gauche; pas de clonus du pied ni de la rotule; le réflexe plantaire est aboli; la sensibilité au contact est normale partout; la sensibilité à la douleur est très diminuée aux pieds et aux jambes.

La sensibilité thermique, normale à la cuisse, est très diminuée aux pieds et aux jambes; la distinction entre le chaud et le froid est imparfaite, il y a souvent confusion.

Ces troubles sensitifs n'ont pas une topographie nettement segmentaire ou radiculaire. La face et le tronc sont indemnes.

Il existe aussi quelques troubles trophiques, un peu d'atrophie des muscles des deux éminences thénars; une cyphose légère, une scoliose dorsale à connexité droite; un mal perforant plantaire sous la tête du premier métatarsien droit.

La force musculaire est partout conservée.

Il existe une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire, mais très ancienne.

Pas de troubles des organes des sens, notamment de l'appareil visuel.

Aucun trouble viscéral: cœur, poumon, foie, rate, rein, vessie, intestin.

Observation VI

LENORMANT ET VERDUN. *Revue de Chirurgie* (ob. résumée).

Homme de 39 ans, de bonne santé habituelle, ni tuberculeux, ni syphilitique. Vient à l'hôpital pour des tumeurs de la région cervicale, qui sont apparues deux ans auparavant.

A l'examen, on constate un double menton, entourant le maxillaire inférieur à la façon d'un croissant dont les cornes viennent se perdre vers la région carotidienne. En arrière on trouve une volumineuse tumeur médiane, arrondie, à limites assez confuses.

On trouve également dans la région lombaire, deux petits plastrons arrondis.

On est surtout frappé, à l'examen des différents appareils par une atrophie des testicules, une réduction de volume du corps thyroïde et un développement anormal des glandes mammaires.

Opération en deux temps. — Revu quelques mois après l'intervention, le malade présente des cicatrices normales ; mais apparition de nouvelles masses graisseuses et développement de celles laissées en place.

Observation VII

LE PLAY ET FAROY (*Bull. Soc. Anat.*, mars 1909).

Lipomatose symétrique avec examen histologique.

Observation d'un homme atteint de lipomatose symétrique cervicale dont l'observation a été également publiée par *Lenormant et Verdun*

L'analyse du sang ne relève rien de spécial, si ce n'est une anémie à peine marquée.

Opération par Lenormant. Examen des pièces.

« Les coupes microscopiques montrent que les pièces enlevées sont formées d'une masse, de tissu adipeux, blanc jaunâtre, de consistance molle, un peu dure, d'apparence fibreuse par places.

A l'examen microscopique, on voit que la masse de la tumeur est uniquement formée de tissu adipeux, sans aucune trace d'éléments lymphoïdes, sans aucun amas cellulaire qui puisse même y faire songer.

Observation VIII

BURNIER (*Presse médicale*, 4 mars 1911) (obs. résumée).

Lipomatose symétrique à prédominance cervicale

V. S..., charbonnier, 55 ans, sans signes de tuberculose ni de syphilis, est un éthylique avéré. Il n'a aucun antécédent héréditaire intéressant à signaler, sauf une tante du côté maternel qui aurait eu « le cou fort ».

Lui-même a toujours eu une large encolure ; mais il a remarqué que, depuis huit ans, son cou grossissait davantage. Quant à sa nuque, elle n'a augmenté de volume que depuis deux ans.

A l'examen, on constate un menton à double étage, entourant la mâchoire inférieure en demi-collerette.

En arrière, à la racine du cou, deux tumeurs accolées, paires et symétriques.

La circonférence du cou est de 61 centimètres.

A la partie supérieure de la nuque, on note deux autres petites masses arrondies, occupant les fosses mastoïdiennes et séparées par un sillon très net.

A la racine scapulaire, on trouve d'autres masses dans les fosses sus-claviculaires, para-sternales et sus-épineuses.

On en note également à la face interne de la racine des bras, à la face antérieure des avant-bras.

Dans le dos, on trouve des masses symétriques allongées verticalement de chaque côté du rachis.

A l'abdomen, on trouve deux grosses masses au-dessus et deux petites au-dessous de l'ombilic.

Enfin, à la racine des cuisses, on trouve deux masses triangulaires.

Toutes ces masses présentent les caractères des lipomes.

Les différents organes (cœur, foie, testicule, thyroïde) sont normaux.

Enfin, l'examen du sang a donné les résultats suivants :

Globules rouges	5.250.000
Globules blancs	12.000

Ceux-ci sont ainsi répartis :

Polynucléaires	79 %
Mononucléaires et lymphocytes . . .	20 %
Eosinophiles	1 %

Observation IX

A. BINET ET H. VAIVRAND (*Province médicale*, 10 juin 1911).

Une observation de lipomatoses symétrique (ob. résumée).

A... Jules-Nicolas, de Gérardmer, est âgé de 39 ans et exerce la profession de boulanger.

Antécédents familiaux. — Mère morte de fièvre typhoïde ; père mort d'affection hépatique. L'un des frères du malade est atteint d'obésité : les deux sœurs, mariées n'ont, jamais eu d'enfants. Le malade, marié, est père de trois enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Pneumonie. Fièvres paludéennes. Quelques excès éthyliques.

Il y a quatre ans seulement, le malade commença à grossir ; des tuméfactions apparurent au niveau du cou. Il y a trois ans, de nouvelles tumeurs se montrent à l'abdomen.

Inquiet, le malade consulta à ce moment un médecin qui lui ordonna des préparations arsénicales. Depuis deux ans, les tumeurs augmentent de façon notable ; c'est surtout le développement d'une tumeur au niveau de la région scrotale, gênant considérablement la marche, qui le décide à demander une intervention chirurgicale.

État actuel. — Les régions sous-maxillaires, parotidiennes et nucholes sont démesurément augmentées de volume par l'existence d'un bourrelet adipeux, alors que la face et la région crânienne ne sont pas déformées. Aussi la tête présente-t-elle, dans son ensemble, un aspect piriforme caractéristique.

Le cou, proconsulaire, mesure 51 centimètres de circonférence.

D'autres masses graisseuses, des dimensions d'une orange, comblent la fossette sus-sternale et les fossettes sus-claviculaires.

Les aisselles sont également envahies par le tissu adipeux ; tandis que les bras, les avant-bras, et les mains qui ont conservé leurs dimensions normales contrastent avec l'ensemble difforme du corps et paraissent presque grêles.

Les seins, surchargés de graisse, donnent à la poitrine du malade l'aspect plantureux d'une femme qui allaite.

Puis ce sont des cascades de graisses qui s'étagent sur l'abdomen. Une première au-dessous du creux épigastrique, une seconde au niveau de la région sous-ombilicale, une troisième couvre le pubis.

Enfin, chacune des bourses est remplie par une tumeur du volume d'une orange. Ces tumeurs ont refoulé les testicules vers les anneaux inguinaux, mais le volume des glandes génitales est demeuré normal. Ces masses scrotales ont pris un développement tel qu'elles obligent le malade à tenir les cuisses écartées dans la position debout et que le frottement des bourses contre la face interne des cuisses a provoqué à ce niveau des lésions d'intertrigo.

Au niveau du dos, faisant pendant en quelque sorte aux bourrelets adipeux du thorax, une nouvelle cascade de graisse, moins développée cependant que celle de la paroi abdominale, comme la région de la cinquième et de la sixième côte.

Les membres inférieurs ont conservé leur dimension normale, sauf au niveau des triangles de Scarpa, comblés par une masse adipeuse volumineuse.

A la palpation toutes ces tumeurs sont de consistance molle ; elles donnent une sensation de fausse fluctuation.

La peau ne présente, à leur niveau, aucune altération spéciale.

L'appareil cardio-vasculaire est sain.

Le malade est un gros mangeur ; mais présente un bon appareil digestif.

L'examen de l'appareil génito-urinaire est également négatif : ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le système nerveux est parfaitement sain ; l'intelligence est intacte

Intervention chirurgicale par le professeur Gross. Elle est faite en trois séances.

Première opération. — Ablation d'un lipome, du poids de 210 grammes, situé à la partie gauche du cou.

Deuxième opération. — Ablation des lipomes scrotaux, du poids de 600 grammes et d'un lipome pubien, de 225 grammes.

Troisième opération. — Ablation d'un lipome de la région droite du cou du poids de 220 grammes.

Cinquante jours après son entrée à l'hôpital, le malade regagne son domicile en parfait état de santé et allégé de 1.225 grammes de graisse.

Observation X

F. BALZER ET BELLOIR (*Soc. de Dermatologie et Syphiligraphie*,
2 mai 1912).

*Lipomatose symétrique à localisations multiples, cervicale ;
thoraco-abdominale et dorso-lombaire.*

V... Vincent, 73 ans, journalier, entré le 22 avril 1912, salle Bazin, n° 47. Rien d'analogue dans les antécédents héréditaires. Famille de 16 enfants, dont 14 ont vécu. Rien de semblable chez les frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 15 ans. Le malade présente par intermittences de l'eczéma depuis l'âge de 30 ans.

Vers 40 ou 45 ans, apparition de la lipomatose, à la suite du port de lourdes charges aux Halles, dit le malade.

Elle a débuté dans la région de la nuque par une petite masse de la grosseur d'une noix, qui augmenta progressivement jusqu'au volume actuel, ne déterminant aucune douleur marquée, mais seulement une certaine gêne fonctionnelle dans les mouvements de la tête.

A peu près à la même époque, en 1880, apparition d'autres formations lipomateuses dans la région lombaire. Ce développement se fit également sans phénomènes douloureux et le malade put continuer à vaquer à ses occupations et à faire son travail, pourtant pénible.

Enfin, dans ces dernières années, apparition de la lipomatose au niveau de l'abdomen et à la région thoracique. Rien sur les membres.

Le malade a une très volumineuse hernie inguinale droite depuis l'âge de 18 ans.

État actuel. — Lorsqu'on examine le malade de face, on est frappé de l'existence de sillons horizontaux au niveau de la peau abdominale, séparant des masses saillantes, qui forment des bourrelets parallèles et dont le plus inférieur, assez proéminent, retombe sur la région hypogastrique.

Cette lipomatose est assez symétrique, cependant plus accusée à droite qu'à gauche. La peau présente sa coloration normale. La palpation n'est nullement douloureuse et permet de constater l'existence de bourrelets horizontaux assez résistants, siégeant surtout dans la région hypodermique.

En examinant toujours le malade de face, on note encore la présence de lipomes moins gros au niveau des parties moyennes des deux clavicules soulevant nettement les téguments en ces points et bien symétriques.

Au niveau de la région présternale et de la région xiphoïdienne, on trouve des masses lipomateuses assez considérables et médianes. Dans le dos, on ne trouve pas la même netteté dans la distribution des saillies et des dépressions. Les lipomes sont moins nombreux, moins gros, mais bien symétriques.

On trouve aussi deux lipomes, d'un diamètre d'une dizaine de centimètres, au niveau de la région lombo-sacrée ; un peu au-dessus, et toujours dans la région paramédiane, recouvrant les masses sacro lombaires, de chaque côté des apophyses épineuses que l'on retrouve par la palpation au fond d'une légère dépression médiane, nouvelles formations lipomateuses à la hauteur de la deuxième lombaire. Dans la région thoracique inférieure, deux autres tumeurs, moins grosses. Enfin, plus haut encore, dans les fosses sus-épineuses et sous-épineuses, on rencontre encore des masses plus petites, d'un diamètre de 5 à 6 centimètres, arrondies, assez bien délimitées, mobiles et très nettement symétriques. Au niveau de la nuque, empiétant fortement sur la région occipitale, séparés l'un de l'autre par une dépression verticale médiane, se trouvent les deux lipomes qui sont apparus les premiers. Ils ont le volume de petites oranges et déforment le cou : même situation, même grosseur, même forme à droite et à gauche.

Avec sa lipomatose, le malade présente de l'eczéma assez étendu au niveau des membres et aussi un peu au niveau du dos.

Les urines sont normales.

L'état général est assez bon.

Observation XI

ACHARD ET LEBLANC (*Société médicale des Hopitaux de Paris*).

OBS. II. — *Lipomatose symétrique à prédominance cervicale.*

Tell... (Alphonse), âgé de 37 ans, tonnellier, vient consulter le 10 juillet 1913 à l'hôpital Necker.

Antécédents. — Originaire de Sucy-en-Brie, ne connaît aucune affection semblable dans son entourage.

Pas de maladies antérieures, si ce n'est une fièvre typhoïde pendant son service militaire.

L'apparition des tumeurs remonte à six ans. Elles ont débuté symétriquement par un petit noyau dur, sur l'apophyse mastoïde, et qu'on sent encore actuellement. Puis la tuméfaction gagna les régions parotidienne et sous-maxillaire. Depuis deux ans, elle est restée à peu près stationnaire ; cependant, elle augmenterait en hiver, d'après le malade, pour diminuer en été.

Les autres masses lipomateuses qu'on trouve sur l'abdomen ainsi qu'aux plis inguinaux et à la partie supérieure des cuisses ont débuté à une époque que le malade ne peut fixer exactement, mais paraissent remonter à deux ou trois ans.

Il y a six mois, après une congestion pulmonaire qui avait nécessité un séjour à l'hôpital Saint-Antoine, survinrent des sortes de crises consistant en étourdissements avec sensation de constriction à la base du thorax, se produisant le matin quand le malade se rend à son travail et durant une à deux heures, en se terminant par des éructations gazeuses.

Etat actuel. — Le cou est le siège d'une tuméfaction symétrique, d'aspect un peu bosselé, qui couvre les régions mastoi-

dienne et occipitale où elle atteint son maximum. En haut, elle va jusqu'à la protubérance occipitale sans dépasser en hauteur le pavillon de l'oreille. Sur la ligne médiane les deux tuméfactions symétriques restent nettement séparées par un sillon médian peu profond. En bas, la tuméfaction s'étend de chaque côté sur les régions parotidienne et sous-maxillaire, sans séparation médiane ; elle ne dépasse pas en haut le rebord de la mâchoire inférieure ; en bas elle n'atteint pas la base du cou.

La consistance de ces diverses masses n'est pas uniforme. La masse postérieure est dure, surtout au niveau de la mastoïde où l'on sent nettement un noyau résistant, gros comme un petit œuf. La masse antérieure, au contraire, est molle et diffuente.

On trouve encore d'autres masses sur l'abdomen, symétriquement, au-dessus et au-dessous de l'ombilic.

Le long de la crête iliaque, on constate de chaque côté une masse assez diffuse qui empiète sur la partie postéro-supérieure de la cuisse.

Les régions inguinales sont couvertes de masses triangulaires à sommet inférieur qui se prolongent sur la face interne des cuisses ; nettement adipeuses dans leur partie inférieure, elles présentent en haut et en dehors des nodosités d'apparence ganglionnaire.

Il existe aussi des noyaux d'apparence ganglionnaire dans le creux axillaire, sur la paroi interne et sous le bord inférieur du grand pectoral.

Il n'y a pas de ganglions appréciables au palper dans les régions sous maxillaires, sus-claviculaires, poplitées.

On découvre un peu de lipomatose diffuse dans les régions sus-mammaires et aux bras.

L'état général est bon. Il n'y a pas de troubles digestifs. La

force musculaire est bien conservée. Les urines sont claires et ne renferment ni sucre ni albumine.

Bien que le malade nie tout excès d'alcool, il présente un peu de tremblements des mains.

Taille 1 m. 69. Poids 73 kilogrammes.

Examen du sang :

Globules rouges	5.110.000
Globules blancs. . . .	7.800

Pourcentage des leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles . . .	55,5 %
Lymphocytes	35 —
Mononucléaires	7,7 —
Polynucléaires éosinophiles . . .	2,2 —

Observation XII

ACHARD ET LEBLANC. — *Lipomatose symétrique
à prédominance cervicale.*
(*loco citato*)

Rasca... (Hippolyte), âgé de 62 ans, vient consulter à l'hôpital Necker le 4 juillet 1913.

Antécédents. — Né à Pons-de-Salars, dans l'Aveyron, il n'a connu dans son pays aucune personne atteinte de semblables tumeurs, si ce n'est une vieille femme qui avait, dit-il, derrière l'oreille gauche, une grosseur pareille aux siennes.

Son père est mort accidentellement à 70 ans, et sa mère subitement à 55 ans. Il a 2 frères et une sœur en bonne santé. Sa femme a toujours été bien portante; ils ont 2 enfants qui ne sont point malades et en ont perdu un du croup.

Il a toujours joui d'une bonne santé, sauf une atteinte de croup à 14 ans et quelques troubles digestifs, coliques et diarrhées, auxquels il est assez sujet.

Son cou présente une déformation considérable, dont le début remonte à quinze ans. Une petite tuméfaction dure, roulant sous le doigt, comme une noisette, suivant la comparaison du malade, apparut en arrière de l'oreille droite et ne cessa de grossir. Puis, quatre ou cinq ans après, une tumeur semblable se développa du côté gauche et atteignit graduellement, de haut en bas, les régions parotidienne, sous-maxillaire, sus-hyoïdienne, puis s'étendit à tout le cou en rejoignant celle du côté opposé.

Il y a quatre ou cinq ans, apparurent, sur le thorax, d'autres tumeurs. Quant à celles que l'on voit sur les membres, le malade ne peut renseigner sur leur début et même il en ignorait l'existence.

C'est surtout depuis deux ans que les tumeurs cervicales ont augmenté de volume, et le malade dit que son cou a doublé depuis cette époque. En même temps, il a commencé à ressentir des crampes légères dans les doigts et les mains lorsqu'il accomplit certains travaux, par exemple quand il épluche des légumes.

Depuis un an, il est sujet à des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles lorsqu'il tousse, ou qu'il se baisse ou qu'il se couche sur le côté. Sa vue est un peu gênée et il voit comme un brouillard devant ses yeux. Il se plaint aussi, depuis quelque temps, dans les membres inférieurs, de crampes et de raideurs, peut-être imputables à des varices.

État actuel. — Ce qui frappe au premier aspect, c'est le volume énorme; l'apparence proconsulaire de son cou. La tuméfaction est symétrique. La largeur du cou dépasse celle de la tête.

La tuméfaction, de chaque côté, occupe en arrière la région

occipitale, remontant jusqu'à la protubérance occipitale et dépassant de peu la limite supérieure du pavillon de l'oreille. Latéralement, elle couvre les régions parotidienne, sous-maxillaire, sus-hyoïdienne, remontant jusqu'au rebord du maxillaire dont elle déborde la saillie, de sorte que la barbe qui la recouvre se trouve étalée.

La face est indemne et le pavillon de l'oreille n'est pas déplacé.

En bas, la tuméfaction occupe tout le cou, jusqu'à sa racine, recouvrant la fourchette sternale en avant et descendant en arrière sur les premières vertèbres dorsales.

La consistance est inégale, généralement molle avec des parties plus dures, notamment derrière l'oreille droite, au point où, d'après le malade, aurait apparu le premier noyau.

A la surface des tumeurs, on voit une circulation veineuse un peu plus développée que normalement.

Outre cette masse principale du cou, on trouve des tumeurs plus petites, disséminées sur le thorax et symétriques, notamment une masse du volume du poing dans la fosse sous-épineuse et des masses plus diffuses dans la région sus-mammaire.

Dans la région lombaire et sacrée, jusqu'à l'extrémité inférieure du sacrum, on trouve de petites tumeurs symétriques échelonnées en petits groupes qui se touchent sur la ligne médiane.

Aux membres supérieurs, les avant-bras et les mains sont indemnes, mais au pli du coude, de chaque côté, on trouve une petite masse symétrique, et, aux bras, quelques masses diffuses en avant du biceps et à la face interne.

Aux membres inférieurs, on ne trouve guère que quelques petites nodosités assez fermes sur la face externe des jambes.

Dans les régions ganglionnaires (creux de l'aisselle, pli de l'aîne), on ne constate pas de ganglions tuméfiés.

Les amygdales, les testicules ont un volume normal.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

L'examen du sang donne les résultats suivants ;

Globules rouges. 3.600.000

Globules blancs 6.600

Pourcentage des leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles 46 %

Mononucléaires 50 —

Polynucléaires éosinophiles 4 —

Mastzellen 0,25 —

Taille, 1 m. 62. Poids, 58 kgr. 150.

Observation XII

J. BAUMEL ET M^{lle} GIRAUD

(*Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 23 janv. 1914).

Sujet de 58 ans, présentant de la lipomatose généralisée et symétrique, siégeant à la région cervicale (type Bensande), à la région antérieure du tronc, aux bras et aux cuisses (type circonscrit généralisé), à la partie postérieure du tronc (type diffus généralisé et symétrique).

Aucun antécédent rhumatismal ou arthritique n'ayant pu être relevé, les auteurs pensent à un trouble portant sur l'hypophyse. La radiographie de la selle turcique semble lui donner raison, celle-ci présente en effet un volume anormal.

II

Lipomatose symétrique à prédominance abdominale

Cette forme signalée par E. Jouon, dans la *Revue d'Orthopédie* en 1908 se caractérise par l'existence, au-devant de l'abdomen, quelquefois aussi au-devant du thorax, de volumineuses masses de graisse, situées de chaque côté du raphé médian et qui diminuent d'épaisseur à mesure qu'elles gagnent la partie latérale du thorax. Des sillons, perpendiculaires au raphé médian, séparent les différentes masses graisseuses.

A l'observation initiale de Jouon, viennent actuellement s'ajouter les récentes observations de Burnier (obs. XIV) et de Ph. Pagniez (obs. XV) que nous rapportons.

Observations de lipomatose symétrique à prédominance abdominale :

Observation XIV

BURNIER (*Presse médicale*, 4 mars 1911).

Lipomatose symétrique à prédominance abdominale.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, garçon de cuisine, dont l'abdomen frappe au premier abord par son énorme surcharge graisseuse.

Cet homme n'a jamais été malade, il ne présente aucun signe de tuberculose ni de syphilis; mais c'est un grand buveur. Il raconte qu'il a toujours eu le ventre fort, même étant jeune ;

mais la paroi abdominale était lisse et ne formait pas de bourrelets.

Ses frères ne présentent pas de surcharge grasseuse abdominale.

Il s'est aperçu, en novembre 1910, que les masses grasses devenaient plus proéminentes, mais il n'en ressentit aucune gêne, aucune douleur, aucun trouble de l'état général.

A l'examen, on constate une lipomatose symétrique prédominant nettement à l'abdomen et remontant sur le thorax. Les masses grasses s'étalent de chaque côté de la ligne médiane et sont séparées en dedans par le raphé médian. En dehors elles ne dépassent pas une ligne verticale répondant assez bien au bord externe des droits. Ces masses grasses sont d'ailleurs séparées par des sillons assez profonds, perpendiculaires au raphé médian et que délimitent de chaque côté trois bourrelets (sus-ombilical, sous-ombilical et pubien).

Sur le thorax, la surcharge grasseuse remonte assez haut et il existe des bourrelets gras symétriques mammaires, sous-mammaires et axillaires.

Ces tumeurs sont absolument indolentes.

La circonférence thoraco-abdominale prise au niveau des masses sous-mammaires, sus-ombilicales et sous-ombilicales est respectivement de 102, 108, 116 centimètres.

L'état général est excellent: le tube gastro-intestinal, le cœur, le foie, la rate, les poumons, le système nerveux, les testicules et le corps thyroïde sont normaux.

L'examen du sang a donné :

Globules rouges 4.500.000

Globules blancs 11.000

avec une monucléose assez marquée (45 %).

Observation XV

Ph. PAGNIEZ (*Bul. Soc. m. des Hôpitaux de Paris*, 28 juin 1912).

Lipomatose symétrique à localisation thoraco-abdominale

C'est un homme de 50 ans, chez qui, depuis deux ans, sont apparues d'énormes masses adipeuses remontant jusqu'au mamelon, descendant jusqu'à quelques travers de doigt du pubis et séparées par un large sillon vertical sur la ligne médiane. Chacune de ces masses diminue peu à peu d'épaisseur en gagnant la partie latérale du tronc et se perd en atteignant les muscles vertébraux. Il existe de plus dans la région lombo-sacrée, une série de nodules ligamenteux isolés. Le cou, les régions ganglionnaires, les membres sont absolument indemnes.

Par ailleurs, on ne constate aucun trouble morbide, et toutes les glandes, en particulier la thyroïde et le testicule, paraissent fonctionner normalement.

Il s'agit donc d'un cas de lipomatose parfaitement symétrique qui en raison de l'absence de douleurs, de troubles psychiques et d'osthénie, ne saurait rentrer dans la maladie de Dercum.

III

Lipomatose symétrique diffuse sans prédominance au cou et dans les régions ganglionnaires

Cette forme, individualisée, à la suite d'un cas très spécialisé, par Mosny et Beaufumé, à la société médicale des hôpitaux de Paris (1902), se caractérise par un développement énorme de masses adipeuses diffuses,

infiltrant en larges placards le tissu sous-cutané et occupant le tronc et la racine des membres. La répartition et les caractères des tumeurs graisseuses rapprochent cette forme de l'adipose douloureuse de Derarm, dont elle diffère par l'absence des douleurs et des troubles psychiques.

IV

Lipomatose symétrique multiple circonscrite (lipomatose discrète).

A la lipomatose symétrique diffuse que nous venons d'étudier, qui se caractérise par ses grosses tumeurs adhérentes, disposées très symétriquement au cou, aux épaules, quelquefois aux aines, s'oppose une variété de lipomatose symétrique sur laquelle il nous faut insister.

Désignée par Queinnec et Crémieux sous le nom de « lipomatose symétrique multiple circonscrite », par Roch sous le nom de « lipomatose discrète », elle s'observe chez les individus des deux sexes et présente les caractères suivants.

Elle se caractérise par des tumeurs bien limitées, *circonscrites* ; leur nombre est variable, en général oscillant entre 20 et 50, mais pouvant être plus élevé encore (plus de 110 dans une observation de F. Rathery et Léon Binet). Leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf ; ces tumeurs sont distinctes, mais en certains points, elles deviennent confluentes, s'agglomèrent en donnant la sensation d'une masse lobulée.

Aplaties entre peau et muscles, ces nodosités n'adhèrent nullement aux plans profonds sur lesquels elles peuvent glisser. Elles restent d'autre part localisées au tronc, à la ceinture et aux membres, dont elles épargnent les extrémités : elles constituent donc bien, suivant l'expression de l'Ecole de Genève, « une affection essentiellement discrète ». Enfin, elles affectent, dans leur ensemble, une disposition à symétrie approximative, et de plus leur topographie peut se calquer sur celle des racines rachidiennes (A. Clerc et Thibault, F. Rathery et L. Binet).

Cette lipomatose discrète présente elle-même des formes diverses. Dans les cas rapportés par Chevers (ob. XVI), par Anders (obs. XVIII), par Batut (obs. XVII), par Irving-P. Lyon (obs. XVIII, XIX, XX, XXI, XXII), par A. Clerc et Thibault (obs. XXIII), par le professeur Pozzi (XXIV), par Roch (obs. XXV et XXVI) par F. Rathery et Léon Binet (obs. XXVIII et obs. XXIX), par A. Martin (obs. XXVII) les lipomes sont nombreux et s'observent aux membres, quelquefois au tronc et à la ceinture. Mais dans certains cas, la localisation de la lipomatose symétrique circonscrite est plus restreinte, et elle est limitée, aux membres supérieurs (Caron, Lubarsch, Galland et Garaud) à la ceinture abdominale (Anders) à un seul côté du corps (I.-P. Lyon) aux pieds seulement (Variot, obs. XXX).

Observations de lipomatose symétrique circonscrite.

Observation XVI

M. J. CHEVERS (*Brit. med. Journ.*, 2 avril 1904.)

Homme de 75 ans, portant sur le tronc en avant et en arrière, aux membres supérieurs jusqu'aux poignets, aux membres inférieurs jusqu'aux genoux, des tumeurs lipomateuses, non douloureuses, de dimensions variables.

Son père et sa sœur étaient également atteints d'une telle lipomatose.

Observation XVII

BATUT (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*,
(juin 1908).

(Observation résumée).

Homme de 41 ans, portant depuis dix ans, de petites tumeurs disséminées, et qu'on rencontre sur les membres supérieurs et inférieurs et au creux épigastrique.

Observation XVIII

ANDERS (*American Journal of the medi. Sc.*, 1908).

(Observation résumée.)

Femme de 45 ans ayant des antécédents héréditaires et personnels gouteux, porte depuis longtemps une douzaine de lipomes au niveau des cuisses et des avant-bras. Une cure d'amaigrissement amena la diminution de volume des tumeurs et en deux

mois leur disparition. Le traitement cessé, les tumeurs réapparaurent avec l'embonpoint ; elles disparurent de nouveau après l'application des mêmes prescriptions.

Observation XIX

IRVING-P. LYON (*Arch. of interna medicini*. Chicago, juillet 1908).

Homme de 26 ans, ayant présenté une crise de rhumatisme, porte 7 lipomes sur la cuisse droite, 2 sur la cuisse gauche, 1 dans le creux poplité gauche, 1 sur chaque avant-bras et un dans le dos. Ces tumeurs sont fermes, encapsulées, lobulées, indolores, grosses comme des pois ou des noix.

Son père a eu un lipome sur la cuisse gauche.

Observation XX

IRVING-P. LYON (*loco citato*).

Homme de 49 ans, porte depuis 23 ans des tumeurs lipomatenses aux deux avant-bras, aux cuisses, et à la région dorso-ombaire.

Son père avait des lipomes sur les avant-bras.

Observation XXI

IRVING-P. LYON (*loco citato*).

Malade de 48 ans, ayant présenté une atteinte rhumatismale et un chancre, a des lipomes sur le tronc en avant, sur les avant-bras, les bras et sur les cuisses.

Apparus à 10 ans, ces tumeurs ont augmenté en nombre et en

volume jusqu'à 30 ans, mais depuis sept années, plusieurs ont disparu et les autres ont diminué.

Ces lipomes se présentent par place en chaînettes, mais ne sont pas adhérents.

Observation XXII

IRVING-P. LYON (*loco citato*).

Colporteur, atteint de pédiculose et de rhumatisme chronique, présente des lipomes multiples et symétriques, aux avant-bras, au dos à l'abdomen et aux cuisses.

Observation XXIII

A. CLERC ET D. THIBAUT

(*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910).

Femme de 69 ans, entre à l'hôpital des Ménages pour de l'arthrite du poignet. A l'examen, on constate incidemment des tumeurs, dont la grosseur oscille entre celle d'une noisette et celle d'une mandarine; les unes sont arrondies, les autres aplaties et polylobulées; elles sont indolores, de consistance semi-molle, semi-élastique et ne sont nullement adhérentes. Ces lipomes sont au nombre de 9 à gauche, 10 à droite et groupent en trainées aux membres supérieurs (avant-bras et bras) et sur la face antérieure de la cuisse.

Les premières tumeurs se sont développées depuis quarante ans déjà; récemment l'une d'elles est apparue à l'avant-bras gauche, en même temps que se produisait une poussée articulaire.

Ces lipomes sont répartis selon la topographie radiculaire,

Observation XXIV

Pozzi. Lipomatose diffuse symétrique

(*Bull. de la Soc. de Chir.*, 13 avril 1910, p. 394) (obs. résumée).

Malade, âgée de 46 ans, atteinte de lipomatose siégeant surtout au niveau des membres. La disposition des lipomes est nettement symétrique. Au niveau des membres supérieurs, ce sont surtout les avant-bras qui sont atteints ; ils ont trois fois le volume normal. Les bras, les cuisses, les fesses et les lombes sont également touchés.

Au niveau des bosselures les plus superficielles, la peau est légèrement violacée et le réseau veineux qui les recouvre apparaît nettement dilaté.

L'ensemble de ces lésions a mis vingt-cinq ans pour arriver au degré actuel. La première masse bosselée est apparue peu après un accouchement suivi de fièvre puerpérale. « On peut se demander si ces lipomes ne relèvent pas d'une cause toxico-infectieuse. »

Observation XXV

M. Roch (*Bulletin médical*, 2 sept. 1911).

Un homme de 62 ans, traité pour arthrite sèche de la hanche gauche depuis un an ; le malade, d'autre part, sans lésions organiques notables, présente ces tumeurs lipomateuses dans le tissu cellulaire sous-cutané : 3 au pli du coude et à l'avant-bras gauche, un à l'avant-bras droit, 3 à la ceinture un peu à gauche de l'ombilic et 2 à la région antérieure médiane de chaque cuisse.

Ces tumeurs sont comme aplaties sous la peau ; leur diamètre varie entre celui d'une pièce d'un franc et celui d'un écu. Elles sont assez dures, indolores. Le malade ignore le moment de leur apparition, mais il en avait déjà une il y a trente-quatre ans ; il l'attribue à une brûlure qu'il se serait faite alors, brûlure dont on ne voit d'ailleurs aucune cicatrice et qui n'a probablement été que l'occasion de la découverte d'une grosseur préexistante. Le malade affirme encore qu'il portait, sur la cuisse gauche, une troisième tumeur qui aurait disparu spontanément ; d'ailleurs, ajoute-t-il, toutes les tumeurs auraient diminué de volume depuis quelques années.

Observation XXVI

M. ROCH (*Bulletin médical*, 2 sept. 1911).

Une femme de 52 ans, hospitalisée pour paraplégie spasmodique causée probablement par une pachyméningite cervicale, présente à côté des symptômes nerveux dont elle souffre depuis cinq ans et sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister, des tumeurs multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces tumeurs, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix sont : 5 à l'avant-bras gauche, 6 à l'avant-bras droit, 1 à la ceinture dans la région lombaire gauche, 10 environ de chaque côté à la partie supéro-externe des cuisses. Ces tumeurs ne sont pas adhérentes ; elles sont indolores, de consistance assez ferme ; plusieurs sont bosselées et même lobulées. Il n'y a aucun doute sur leur nature lipomateuse. La malade ne peut donner de renseignements sur la date de leur apparition.

Observation XXVII

A. MARTIN (*Paris médical*, 9 août 1913) (obs. résumée).

M^{me} D. J..., 40 ans, vient consulter pour des nodosités qu'elle présente sur le corps et qui ont débuté huit ans auparavant, leur développement s'étant fait sans douleur.

Ces nodosités, qui ont les caractères des lipomes, sont distribués de manière absolument symétrique. On en rencontre au niveau des membres inférieurs (avant-bras et bras), de la région lombaire et des membres inférieurs (cuisse).

L'étude des antécédents familiaux est particulièrement intéressante ; elle a en effet une fille, âgée de 20 ans, qui présente un goitre exophtalmique évident, et de plus deux petits lipomes symétriques, non douloureux, sur la face postérieure des bras.

L'examen histologique d'un des nodules de la malade a montré qu'il s'agissait d'un lipome pur.

Observation XXVIII

F. RATHERY ET LÉON BINET (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 juillet 1912).

Del..., âgé de 38 ans, vient à la consultation de l'hôpital Tennon, le 1^{er} juillet ; il se plaint de fatigue générale, d'asthénie, de douleurs vives dans les membres inférieurs et supérieurs, et cela depuis deux mois ; il a remarqué, d'autre part, que son caractère s'est notablement modifié ; doux autrefois, il est devenu irritable et s'emporte à la moindre cause.

L'examen du malade permet de déceler l'existence de tumeurs

multiples que nous allons étudier : ces tumeurs sont survenues il y a une douzaine d'années ; elles ont apparu sous forme de petites masses à peine perceptibles au niveau de l'avant-bras ; elles ont augmenté peu à peu de volume sans déterminer de douleurs vives ; le malade n'accuse qu'une sensation d'engourdissement au niveau des régions qui sont le siège de ces productions (fig. 1).

Membres supérieurs. — C'est surtout aux avant-bras que les tumeurs se sont développées assez symétriquement.

A gauche. — 1° Une tumeur de la grosseur d'une amande, allongée dans le sens de l'axe du membre, au niveau du bord interne de l'avant-bras.

Quatre autres à la face postéro-interne.

2° Au niveau du bras, à la face interne, vers la partie moyenne, une petite tumeur de la grosseur d'un pois.

Rien à la main.

A droite. — 1° Au niveau de l'avant-bras, disposée symétriquement avec celle du bras gauche, une tumeur de même volume et de même aspect ; cette tumeur est environnée de cinq autres petites tumeurs de la grosseur d'un pois, deux supérieures et deux internes.

2° Au niveau du bras, à la face interne partie moyenne : deux petites tumeurs de la grosseur d'un pois.

Rien à la main.

Toutes ces tumeurs sont bien circonscrites, mobiles sur la peau et les plans sous-jacents, non douloureuses ; elles siègent nettement dans le tissu sous-cutané ; le pannicule sous-cutané est modérément développé.

Abdomen. — Il existe à droite de la ligne médiane, une tumeur volumineuse de la grosseur d'une noisette.

On ne trouve aucune autre production anormale, soit aux membres inférieurs, soit au niveau de la tête, soit sur le reste du corps.

EXAMEN GÉNÉRAL DU MALADE

Poumon. — Normal.

Cœur. — Normal ; le poulx bat à 64.

Appareil digestif. — L'appétit est bon, les selles régulières.

Système nerveux. — Réflexes pupillaire, rotulien, achilléen, olécranien, normaux ; pas de troubles de la sensibilité.

Urines. — Un premier examen d'urine portant sur une seule miction n'a rien décelé d'anormal : ni sucre, ni albumine. Un deuxième examen comprenant l'étude systématique des urines fractionnées de vingt-quatre heures permet d'observer de l'albumine intermittente, dans trois émissions.

	Albumine
1° en se levant	$\frac{+}{-}$
2° de 5 heures à midi	+
3° midi à 4 heures	0
4° 4 heures à 7 heures	0
5° 7 heures à coucher	traces
6° nuit	0

Fonctions génitales normales.

Sang. — L'examen du sang nous a donné les renseignements suivants :

Globules rouges	3.564.000
Globules blancs	14.700
Polynucléaires neutrophiles . .	59
Éosinophiles	8
Mononucléaires	33

Il existe donc chez ce malade une leucocytose légère avec une éosinophilie très marquée. Notons enfin que le malade pèse 84 kilogrammes.

Nous avons recherché si dans les antécédents de ce malade, on pouvait noter des renseignements intéressants. Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons aucun fait méritant d'être rapporté, la mère est morte d'un cancer, le père d'une maladie inconnue du malade, ses frère et sœur sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, on note une scarlatine dans le tout jeune âge, une attaque de rhumatisme articulaire aigu à vingt ans, une blennorrhagie à vingt-huit ans, pas de paludisme ; le malade n'a jamais séjourné dans les colonies.

Note complémentaire

due à l'obligeance de M. le D^r RATHERY.

Le malade, revu à plusieurs reprises, accuse une augmentation de volume de ses lipomes. L'examen confirme ce fait et montre, à côté des lipomes primitifs augmentés de volume, d'autres petits lipomes d'apparition récente ; c'est ainsi qu'on constate, autour du gros lipome de l'avant-bras gauche, quatre nouveaux petits lipomes, formant une couronne autour de lui.

Observation XXIX

F. RATHERY ET LÉON BINET (*loco citato*).

Le nommé B..., âgé de 40 ans, vient consulter le 19 mai pour des douleurs lombaires apparues il y a six jours ; ces douleurs sont bilatérales, gênent les mouvements du malade et sont augmentées très légèrement par la pression des masses sacro-lom-

baires. En réalité, il s'agit là d'un simple lumbago qui n'a pas de rapport, au moins immédiat, avec la présence de tumeurs multiples que nous constatons.

Le malade nous apprend, qu'il y a une dizaine d'années, sont survenues, sans cause apparente, sans douleur, et d'une façon insidieuse des petites tumeurs au niveau des avant-bras ; d'autres ont ensuite fait leur apparition au niveau du dos, des membres inférieurs, de l'abdomen ; toujours ces masses ont évolué sans douleur aucune et ont augmenté progressivement ; les plus volumineuses n'ont pas augmenté depuis trois ans.

Ces tumeurs sont à ce point nombreuses en certaines régions, comme au bras, qu'elles déforment complètement le membre et qu'il est difficile de les compter : nous en avons numéroté sur tout le corps plus de 110 ; quelques-unes atteignent le volume d'une demi-mandarine, d'autres, celui d'un pois ; pour les sentir, il faut passer légèrement la main sur le tégument et on sent alors nettement ces petites productions de consistance assez dure, présentant cependant une certaine mollesse, nettement isolable de la peau et des plans sous-jacents ; quelques tumeurs sont tellement nombreuses, en certains points, qu'elles semblent s'agglomérer en donnant la sensation d'une masse lobulée ; elles ne sont nullement douloureuses à la palpation.

Nous allons rapidement énumérer le siège de ces tumeurs.

Bras. — Les deux bras sont complètement déformés (fig. 3).

A droite. — Il existe des tumeurs sur l'avant-bras et le bras ; on note une tumeur plus volumineuse sur l'avant-bras, composée d'une réunion de plusieurs de ces tumeurs.

A gauche. — Les tumeurs sont moins nombreuses et moins volumineuses, mais il en existe encore une quinzaine.

Rien à la main des deux côtés.

Tête. — Indemne.

Thorax. — Il existe une grosse tumeur sous l'aisselle droite ou plutôt sur le bord antérieur de celle-ci, et une série de petites tumeurs sur la région pectorale.

Rien à gauche, sauf en arrière, où il en existe une, assez petite, à peu près symétrique de la tumeur volumineuse située du côté droit.

Abdomen. — On note quatre à cinq tumeurs sur l'abdomen, une à droite, trois à gauche.

Lombes. — Nombreuses tumeurs dans la région lombaire et au niveau de la région fessière (volume d'une noix à un pois).

Membres inférieurs. — Deux tumeurs volumineuses (1/2 mandarine) au niveau du triangle de Scarpa disposées symétriquement des deux côtés.

Sept à huit tumeurs sur la cuisse, face antérieure, des deux côtés.

Six à huit tumeurs sur la partie postérieure des deux cuisses en arrière.

Rien aux pieds ni aux jambes.

L'examen des différents organes du malade n'a permis de déceler rien de particulier.

Système respiratoire. — Normal.

Cœur. — Normal.

Système urinaire. — Pas d'albumine ; fonctions génitales normales.

Système digestif. — Normal.

Système nerveux. — Réflexes pupillaires normaux, il existe un léger strabisme interne de l'œil gauche qui s'est manifesté dès les premières années.

Réflexes rotulien, achilléen, olécranien, normaux.

Pas de troubles sensitifs.

L'intelligence est normale, la force musculaire est très bien conservée; le malade est tailleur de pavés, et son affection ne le gêne en rien.

Il se plaint seulement de temps en temps de douleurs intercostales; il aurait été soigné pour ces dernières, il y a trois ans, et on aurait à ce moment découvert ces tumeurs; il aurait été traité par l'arsenic.

Sang. — L'examen complet du sang n'a pas été pratiqué à cause de l'indocilité du malade; nous avons pu cependant noter les faits suivants, à l'examen du sang sur lame :

Polynucléaires.	70
Mononucléaires	26
Eosinophiles	4

Quant aux antécédents du malade, ils ne présentent rien d'important à noter: la mère et le père sont morts accidentellement; une des sœurs du malade est morte à quinze ans de tuberculose, son frère est bien portant, mais obèse. Au point de vue de ses antécédents personnels, nous ne notons que des convulsions dans tout le jeune âge à la suite desquelles le malade aurait conservé le strabisme qu'il présente; pas de fièvres éruptives, trois blennorragies, pas de syphilis; le malade pèse tout habillé 90 kilos, il ne présente donc qu'une obésité très légère et son pannicule adipeux est peu développé.

Observation XXX

VARIOT (*Société de Pédiatrie*, 14 oct. 1913).

Lipome symétrique de la plante du pied chez un nourrisson.
M. Variot présente un bébé atteint d'un tel lipome, lequel paraît héréditaire; car on trouve exactement la même malformation chez sa mère.

Observation XXXI (observation inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé RATHERY
de M^{lle} M. BESSON et de M. L. BINET).

M^{me} Cou..., 54 ans, vient à la consultation de médecine de l'hôpital Tenon, le 20 avril 1914, se plaignant d'une toux quinteuse accompagnée d'expectoration : la malade a maigri sensiblement, elle a des sueurs nocturnes, mais n'a jamais eu d'hémoptysies. Ces troubles datent de quelques mois seulement et jusque-là, l'état général avait toujours été excellent.

Rien à signaler dans les antécédents. Mariée, la malade a trois enfants, assez chétifs ; mais ne présentant pas de manifestations de lipomatose que décèle l'examen de notre sujet.

La malade, en effet, présente une lipomatose notable, développée aux membres supérieurs, et localisée aux bras et aux avant-bras. Ceux-ci sont assez fortement déformés, par suite du soulèvement de la peau par les nodules lipomateux : le volume de ces masses est variable, oscillant entre celui d'un haricot et celui d'un œuf de pigeon. Leur consistance est assez dure et leur topographie peut être ainsi résumée ;

a) *Membre supérieur gauche.* — Au bras, un petit lipome à la partie interne.

A l'avant-bras, deux lipomes à la face postérieure et, sur le bord cubital, une dizaine de petites nodosités, plus ou moins nettement isolées et formant dans leur ensemble une traînée verticale, longue de 12 centimètres environ.

b) *Membre supérieur droit.* — Au bras, trois petits lipomes, de la grosseur d'un pois, apparus il y a un mois environ.

A l'avant-bras, ces masses sont nombreuses et bien développées, occupant les faces antérieure et postérieure ; on en compte plus de quinze, certains atteignent la grosseur d'un œuf de pigeon.

Les autres régions de l'organisme sont indemnes de lipomes.

Ces différentes masses sont apparues il y a douze ans environ, sans cause apparente, leur développement s'est fait progressivement et de temps en temps se produisait une véritable « poussée » légèrement douloureuse.

Les différents lipomes sont indolores, exception faite pour l'un d'eux occupant l'avant-bras droit, et qui est le siège de phénomènes douloureux, spontanés et provoqués.

L'examen des différents appareils a donné les résultats suivants :

Appareil respiratoire. — Respiration rude au sommet gauche, avec quelques râles sous-crépitaux.

Appareil circulatoire. — Le cœur est normal : le pouls bat à 68.

Corps thyroïde. — Semble normal.

Poids : 62 kilogrammes.

Urines : Pas d'albumine.

Sang : L'examen du sang sur lame a donné :

Polynucléaires.	72.
Mononucléaires	28.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte d'une « lipomatose multiple circonscrite », à topographie relativement symétrique et localisée aux membres supérieurs.

Observation XXXII (Observation inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé F. RATHERY
de M^{lle} M. BESSON et de M. L. BINET).

M^{me} Rat., 53 ans, présente une lipomatose symétrique circonscrite, localisée aux membres supérieurs ; cette affection a débuté sans cause apparente à l'âge de 20 ans et a progressé sournoisement, sans déterminer de phénomènes douloureux. La malade n'a pas d'antécédents particuliers et ne connaît pas dans sa famille des sujets atteints d'une même affection.

Les lipomes sont surtout nombreux au membre supérieur gauche et leur siège peut ainsi se résumer :

Membre supérieur gauche. — Au coude, deux lipomes occupant la partie antéro-interne.

A l'avant-bras, cinq lipomes à la face antérieure et un seul à la face postérieure.

Membre supérieur droit. — On n'y compte que deux nodosités occupant, l'une le pli du coude, l'autre la face antérieure de l'avant-bras.

Ces différentes masses sont indolores, occupant le tissu cellulaire sous-cutané et de volume assez restreint variant entre celui d'un pois et celui d'une noisette.

Les poumons, le corps thyroïde, l'appareil cardio-vasculaire sont normaux : les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

En somme, il s'agit d'une femme atteinte d'une lipomatose discrète, localisée aux membres supérieurs et prédominant du côté gauche.

Signes fonctionnels

Dans les différentes formes que nous venons de passer en revue, les tumeurs lipomateuses sont *indolentes* ; on enregistre ni douleur spontanée, ni douleur provoquée. C'est là un fait qui a une importance capitale au point du diagnostic puisqu'il permet de distinguer la lipomatose symétrique de la maladie de Dercum à forme nodulaire. Ce caractère cependant est-il absolu ? En lisant les observations de lipomatose symétrique cervicale, on apprend que plusieurs malades supportaient avec peine les frottements occasionnés par leurs vêtements sur les masses lipomateuses dont la peau était plus ou moins excoriée. D'autre part, un lipome peut venir comprimer un tronc nerveux et déterminer une douleur plus ou moins vive, qui disparaît avec l'exérèse de la tumeur. Enfin, dans certains cas, comme dans une observation de F. Rathery et L. Binet, le malade accuse une sensation d'engourdissement au niveau des régions qui sont le siège de productions lipomateuses.

Etat général

Quant à l'état général, il est variable suivant les cas. Le plus souvent, il n'est pas touché ; cependant on rapporte certaines observations où l'on notait une véritable cachexie. Celle-ci d'ailleurs était sous l'influence d'états morbides associés à la lipomatose symétrique ; car on a vu cette dernière affection associée à la tuberculose (Dieulafoy), au cancer (Darbez, Caron), au diabète (Achard et Leblanc), à l'albuminurie (F. Rathery et L. Binet, Achard et Leblanc), à des troubles nerveux ; tabès, syringomyélie), à des arthropathies (Réron et Heitz, Oddo et Chassy, Clerc et Thibault).

Tels sont les renseignements que nous fournit l'examen clinique du malade ; mais ce dernier devra être complété par une biopsie et un examen de sang.

La *biopsie* confirmera le diagnostic en nous montrant la nature lipomateuse des nodosités sous-cutanées, nous avons d'ailleurs assez longuement étudié les renseignements fournis par cette pratique pour ne plus y revenir dans ce chapitre.

L'*examen du sang* donne des résultats assez variables. Lannois et Bensande ont décrit au cours de la lipomatose symétrique une leucocytose légère avec une diminution des mononucléaires ; ces données d'ailleurs ne sont pas admises par Mollard et Petitjean (obs. III), par Massabuan (obs. I), par Le Play et Faroy (obs. VII) Récemment F. Rathery et L. Binet (obs. XXVI et XXVII), dans deux cas de lipomatose symétrique, ont

constaté une éosinophilie sanguine nette, avec 4 et 8 %, éosinophilie qui a été notée ultérieurement par MM. Achard et Leblanc (obs. I, XI et XII) chez trois autres malades atteints de la même affection.

Toutefois cette éosinophilie n'est pas absolument constante et manque dans une récente observation (obs. XXXI), aimablement communiquée par le professeur agrégé Rathery et par M^{lle} Besson et M. L. Binet, interne des hôpitaux de Paris.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

La lipomatose symétrique a une évolution lente ; cependant dans quelques cas (obs. de Bowen) la lésion progresse rapidement au point que, en quelques semaines, on voit telle tumeur, du volume d'un pois, atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon.

La diminution de volume des tumeurs, voire leur résolution spontanée, est possible. Quéry rapporte dans sa thèse (1902) un cas de régression de lipomatose cervicale. Un malade de Irving-P. Lyon, un autre de Roch ont vu disparaître plusieurs de leurs lipomes. Le sujet observé par Mollard et Petitjean a vu diminuer ses nodosités sous-cutanées. Bien plus, Anders a vu l'obésité et la lipomatose évoluer parallèlement et par deux fois, la cure d'amaigrissement a amené la disparition des lipomes chez un même malade.

Mais ces cas sont exceptionnels, et en général les lipomes augmentent, soit en nombre, soit en grosseur, au point que des complications peuvent survenir. Dans la lipomatose circonscrite, les lipomes peuvent devenir si nombreux qu'il déforment considérablement les mem-

bres (Pozzi, F. Rathery et L. Binet), au point que cette lipomatose « monstrueuse » pourra gêner le sujet dans son travail. Mais c'est surtout au cours de la lipomatose diffuse que l'on peut enregistrer des complications celles-ci consistent en troubles respiratoires (toux, accès de dyspnée à intensité variable), en troubles nerveux (paraplégie spasmodique due à un lipome intrarachidien. Cade et Cordier, paralysie radiale par lipome du sillon déltoïdo-bicipital. Caron), en troubles de la parole (Péan), de la mastication (Bowen), du coït (Bergmanne), de la marche (A. Binet et Naivrand). Enfin, d'après Hayem, Bellissen, la mort subite devrait compter au nombre des complications de la lipomatose symétrique.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la lipomatose symétrique est facile. Elle doit être différenciée d'avec les adénites, d'avec l'obésité simple d'avec les lipomes périostiques, qui sont uniques ou peu nombreux.

On ne la confondra pas avec la *pseudo-lipomatose sus-claviculaire de Verneuil et Potain*, caractérisée par son siège dans une région riche en vaisseaux et en ganglions lymphatiques (creux sus-claviculaire surtout), par son apparition et sa disparition brusques, par le fait qu'elle se rencontre presque toujours chez la femme, par les changements rapides de volume, de forme, de consistance des tuméfactions œdémateuses.

On reconnaîtra aisément la *lymphodénie* par la consistance des tumeurs, par les troubles généraux, par l'évolution rapide et par les modifications sanguines.

On éliminera aisément l'*adéno-lymphocèle* caractérisé par son siège dans des régions ganglionnaires, par l'existence de vaisseaux lymphatiques dilatés autour de la tumeur, par une répercussion ganglionnaire à distance.

Mais on devra surtout différencier la lipomatose symétrique d'avec la *maladie de Dercum ou adipose douloureuse*. La forme classique de cette dernière affection, avec la disposition de la graisse en nappes, en bourrelets au niveau du tronc et de la racine des membres, avec ses phénomènes douloureux, son asthénie et ses troubles psychiques sera aisément reconnue. Mais dans certains cas, le diagnostic est assez délicat : nous avons vu en effet que la lipomatose symétrique peut, quoique exceptionnellement, s'accompagner de phénomènes douloureux : mais surtout certaines formes de maladie de Dercum rappellent assez bien la lipomatose symétrique, à tel point même que certains auteurs, comme L. Cheinisse, font des deux maladies que nous envisageons, une seule et même entité. Et c'est surtout avec la forme dite *nodulaire* de l'adipose douloureuse qu'on aura à faire le diagnostic de la lipomatose symétrique et cela d'autant plus que cette forme ne paraît pas exceptionnelle, comme le montrent les observations de Rénon et Leval, de Debove, d'Achard et Laubry, et celles récentes de Babonneix et M^{lle} Spanowsky, de Hallopeau et François-Dainville ; l'absence de douleurs et de troubles psychiques fera faire le diagnostic.

Enfin on éliminera dans le diagnostic de la lipomatose symétrique circonscrite la *maladie de Recklinghausen*.

TRAITEMENT

Le traitement de la lipomatose symétrique peut être médical ou chirurgical.

a) *Traitement médical.* — Il consiste en administration d'iodure, d'arsenic, ou mieux de corps thyroïde. L'opothérapie thyroïdienne en effet, comme l'ont montré les auteurs allemands et en France, M^{me} Astaouroff dans sa thèse (1903-1904) a donné quelques bons résultats ; mais elle est restée malheureusement inefficace dans bon nombre de cas (von Bruns, Cabanés, Caron, Leval, Schein, Hayem, Mills, Bowen, F. Rathery et L. Binet, A. Martin, etc.)

En un mot, le traitement médical donne des résultats douteux, d'où la nécessité de recourir, dans certains cas, au traitement chirurgical.

b) *Traitement chirurgical.* — Il est indiqué quand les tumeurs soit par leur volume, soit par leur siège, deviennent une gêne pour le malade. Ce traitement, qui a fait récemment l'objet d'un important mémoire de la part de Lenormant et Verdun, donne de bons résultats : et sur 21 malades particulièrement étudiés dans

la suite de l'intervention, 8 ont été revus parfaitement guéris ; 8 ont présenté, sans récurrence des tumeurs enlevées, soit un accroissement des prolongements laissés en place au cours de l'opération, soit une apparition de lipomes nouveaux dans les régions voisines ; 5 enfin ont eu une récurrence véritable des tumeurs opérées.

CONCLUSIONS

I. — L'étude étiologique, anatomique et clinique de la lipomatose symétrique permet d'en distinguer deux formes bien différentes : c'est d'une part la lipomatose symétrique diffuse à localisation ou à prédominance cervicale ; c'est d'autre part la lipomatose symétrique multiple circonscrite, localisée aux membres et au tronc.

II. — La lipomatose symétrique diffuse cervicale s'observe chez l'homme : la lipomatose symétrique, circonscrite se rencontre chez les individus des deux sexes. Dans les deux cas, il s'agit d'adultes, dans les antécédents desquels on relève quelquefois une même affection.

III. — Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la lipomatose symétrique. La théorie ganglionnaire, longtemps en faveur, cède devant les arguments cliniques et histologiques. La théorie des glandes vasculaires, la théorie nerveuse, la théorie infectieuse et la théorie de l'obésité ont chacune actuellement leur défenseur.

IV. — Anatomiquement, la lipomatose se caractérise par des masses de tissu adipeux, sans trace aucune de tissu lymphoïde.

V. — Au point de vue clinique, la lipomatose symétrique se caractérise par des masses, à disposition symétrique, indolores, à consistance rénitente, de déterminant aucune altération de la peau et sans répercussion sur les ganglions. D'après le siège de ces masses, on peut individualiser diverses formes cliniques.

La lipomatose symétrique diffuse, à localisation ou à prédominance cervicale, donné au malade un facies piriforme : une infiltration lipomateuse au niveau de la ceinture scapulaire, du dos, de l'abdomen, du scrotum, de la racine des membres est fréquemment notée. Nous rapprochons de cette forme, la lipomatose symétrique diffuse à prédominance abdominale et la lipomatose symétrique diffuse sans prédominance au cou et dans les régions ganglionnaires.

La lipomatose symétrique multiple circonscrite est une affection discrète, localisée aux membres et cou : les lipomes, de petit volume, encapsulés, ont une topographie radiculaire.

Dans ces différentes formes, la douleur est nulle : l'état général n'est pas touché le plus souvent ; l'examen du sang montre une éosoniphilie plus ou moins marquée.

VI. — L'évolution en est lente ; la régression est exceptionnelle ; des complications respiratoires, nerveuses, peuvent survenir.

VII. — Le diagnostic doit être fait surtout avec la maladie de Dercum.

VIII. — Le traitement consiste dans l'ablation chirurgicale des tumeurs, toutes les fois que par leur nombre ou par leur siège, elles gênent le patient.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne saurions faire ici la bibliographie complète sur la question que nous étudions ; et nous renvoyons le lecteur à la liste bibliographique de Lenormant et Verdun pour les articles parus jusqu'en 1907.

CH. ACHARD ET A. LEBLANC. — *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 juillet 1913, p. 179.

J.-M. ANDERS. — *American Journ. of. the med. Soc.*, mars 1908, CXXXV, p. 325.

BABONNEIX ET M. SPANOWSKY. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1913.

F. BALZER ET BELLOW. — *Bull. de la Soc. fr. de Dermatologie et de Syphil.*, mai 1912.

F. BALZER ET BURNIER. — *Id.*, février 1911.

BATUT. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, juin 1908, p. 411.

A. BINET ET VAIVRAND. — *Province médicale*, 10 juin 1911, p. 245.

BOWEN. — *The american Journal of the medical sciences*, août 1912.

BURNIER. — *La Presse médicale*, 4 mars 1911.

CADE ET CORDIER. — *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 26 nov. 1907.

CARON. — *Thèse de Paris*, 1908.

A. CLERC ET THIBAUT. — *Bull. Soc. med. des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910, p. 250.

J. COLLINS. — *New-York med. Journ.*, 18 mai 1907.

DANLOS ET SOURDEL. — *Bull. et m. de la Soc. med. des Hôp. de Paris*, 10 avril 1908.

DEBREZ. — *Arch. gén. de Chirurgie*, 25 mars 1910.

DUHOT. — *Echo médical du Nord*, n° 6, 8 février 1914.

FLEISCHER. — *Hufeland Gesellsch.*, 13 mai 1909.

— *Berl. Klin. Wochenschr.*, 7 juin 1909.

HALLOPEAU ET FRANÇOIS-DAINVILLE. — Académie de médecine, 17 mars 1914.

E. JOUON. — *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} mai 1908.

LENORMANT ET VERDUN. — *Revue de Chirurgie*, 1909, p. 723 et 921.

LE PLAY ET FAROY. — *Bull. Soc. Anat.*, mars 1909.

MAYET. — *Bull. med.*, 23 mars 1907.

MILLS. — *Philad. neurolog. Soc.*, 23 oct. 1908.

— *The Journ. of nerv. and mentol Diseases*, fév. 1909.

MOLLARD ET PETITJEAN. — *Revue de Médecine*, 1907, p. 276.

MOLLARD ET CHATTOT. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 17 mars 1908.

MOREAU. — *Soc. d'Anat. path. de Bruxelles*, 21 avril 1910.

L. NEUWELT. — *The Journ. of the American med. Assoc.*, 20 janv. 1912.

D. OLMER. — *La province médicale*, n° 48, 30 nov. 1907.

PH. PAGNIEZ. — *B. et m. de la Soc. m. des Hôp. de Paris*, 28 juin 1912.

POZZI. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 13 avril 1910.

F. RATHERY ET L. BINET. — *Bull. et mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 juillet 1912, p. 204.

REINES. — *Arch. f. Dermatologie*, oct. 1907.

ROCH. — *Revue de Médecine*, juin 1908.

— *Société méd. de Genève*, 5 février 1908.

— *Bulletin medical*, 2 sept. 1911, p. 761.

H.-D. ROLLESTON. — *Proc. of. the Roy. Soc. of med. of London*, 14 oct. 1909.

SAROUMIAN. — *Th. de Lausanne*, 1908.

SCHUSTER. — *Arch. f. Psychiatrie*, 1910.

THIROLOIX ET SAIGET. — *B. et m. de la Soc. m. des Hôp. de Paris*, 5 juin 1908.

TERRON. — *Th. de Montpellier*, 25 mai 1909.

F. PARKES WEBER. — *Proc. of the Roy. Soc. of London*, 9 février 1912.

J. BAUMEL ET M^{lle} GIRAUD. — *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 23 janvier 1914.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN
